

# **Mukhya Mantri Matritva Sahayta Yojna**

## **Member Details**

Beneficiary Name (लाभार्थी का नाम) :-

Date of Birth :-

Mobile Number (मोबाइल नंबर) :-

## **Beneficiary Details**

Aadhar No. (आधार नं.) :-

Family ID (परिवार आईडी) :-

Member ID (सदस्य आईडी) :-

Is beneficiary an employee of Central Govt., State Govt. or PSU who avail any maternity benefit? (क्या लाभार्थी केंद्र सरकार/ राज्य सरकार का कर्मचारी है या पीएसयू जो किसी मातृत्व लाभ का लाभ उठाते हैं?) :- Yes / No

Eligibility Criteria (पात्रता मापदंड) :-

Number of living boys  
(जीवित लड़कों की संख्या) :

MCTS/RCH ID  
(एमसीटीएस/आरसीएच आईडी) :

Last Menstrual Period (LMP) Date  
(अंतिम मासिक धर्म (एलएमपी) तिथि) :

Mother Child Protection (MCP) Card  
(मातृ शिशु संरक्षण (एमसीपी) कार्ड) :

MCP Registration Number  
(एमसीपी पंजीकरण संख्या) :

Ante-Natal Check-Up (ANC) Date  
(प्रसव पूर्व जांच (एएनसी) तिथि) :

## **Select your application submission location**

State (राज्य) :

District (ज़िला) :

ICDS Project/Block (आईसीडीएस परियोजना/ब्लॉक) :

Village (गांव) :

Pincode (पिनकोड) :

## **Child Detail**

First Child Name (पहले बच्चे का नाम):-

Gender (लिंग):-

First Child Date of Birth (पहले बच्चे की जन्म की तारीख):-

First Child Aadhar No. (पहले बच्चे आधार नं.):-

Second Boy Name (दुसरे लड़के का नाम) :-

Second Boy Date of Birth (जन्म की तारीख) :

Second Boy Child Aadhar No.  
(दुसरे लड़के का आधार नं.):-

Date of BCG injection or equivalent/substitute:  
(बीसीजी इंजेक्शन या समकक्ष/विकल्प की तिथि) :

Date of OPV injection or equivalent/substitute:  
(ओपीवी इंजेक्शन या समकक्ष/विकल्प की तिथि) :

Date of DPT injection or equivalent/substitute:  
(डीपीटी इंजेक्शन या समकक्ष/विकल्प की तिथि) :

Date of Hepatitis-B injection or  
equivalent/substitute:  
(हेपेटाइटिस-बी इंजेक्शन या समकक्ष/विकल्प की तिथि) :

## **Account Details**

Bank Name (बैंक का नाम) :

Branch Name (शाखा का नाम) :

IFSC Code (आईएफएससी कोड) :

Account Number (खाता संख्या) :

## **Declaration**

I certify that the particulars provided by me are true to the best of my knowledge. In case, the information is found incorrect, my application may be cancelled at any stage. (मैं प्रमाणित करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान किया गया विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य है। यदि जानकारी गलत पाई जाती है तो मेरा आवेदन किसी भी स्तर पर रद्द किया जा सकता है।)

आवेदन के हस्ताक्षर  
दिनांक :

मैं प्रमाणित करती हूँ कि श्रीमती \_\_\_\_\_ पत्नी श्री \_\_\_\_\_ ने  
द्वितीय प्रेग्नन्सी में लड़के का नाम आंगनवाड़ी केंद्र में पंजीकृत कर लिया गया है।

सुपरवाइजर/एल.एच.वी. के हस्ताक्षर

नाम:-

दिनांक:-

आंगनवाड़ी वर्कर/ए.एन.एम. के हस्ताक्षर

नाम:-

दिनांक:-